



“ALENTANDO FUTUROS”

FICHA ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE BENEFICIARIOS

Datos del Beneficiario:

Nombre y apellidos: _____ DNI _____
Tipo Discapacidad _____ % discapacidad _____ Discapacidad Definitiva.: Sí ___ No ___
Fecha Revisión _____ LAAD (Ley Autonomía y Atenc Dependencia): Grado ___ Nivel ___
¿El beneficiario se encuentra incapacitado judicialmente? Sí ___ No ___ Fecha incapacitación _____

Datos del Representante legal:

Nombre y apellidos: _____
DNI _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco _____

Datos de contacto:

Nombre y apellidos (si la persona de contacto fuera diferente al representante legal): _____
_____ DNI _____ Parentesco _____
Domicilio actualizado _____ Cód.Postal _____
Localidad _____ Provincia _____ Móvil _____
Teléfono domicilio _____ Correo electrónico _____

¿Acude a algún centro de forma periódica? Especifique de qué tipo:

- Centro ocupacional Centro de día Taller de empleo

El beneficiario reside:

- Solo Acompañado de un familiar Piso tutelado Centro Residencial

En caso de Piso tutelado o Centro Residencial, especificar:

- Totalmente subvencionado
 Parcialmente subvencionado
 No subvencionado

COSTE MENSUAL DE LA PLAZA

Pensiones públicas o privadas que percibe el beneficiario (con excepción prestaciones CHH)

Tipo de pensión	Organismo Pagador	Importe íntegro mensual	Núm. pagas extras

Otros ingresos/ayudas del beneficiario:

Documentación a remitir

- Fe de Vida actualizada (mayores de 26 años)
 Certificado de Vida Laboral del Beneficiario (mayores 18 años)
 Certificados importes organismos pagadores
 Última Declaración de la Renta del beneficiario.
 Calificación de minusvalía completa y actualizada (solo en el caso en que se hubiera producido alguna variación)
 Certificado del centro en que se encuentra residiendo el beneficiario, acreditando si la plaza es total o parcialmente subvencionada o si por el contrario no percibe subvención alguna.
 En caso de incapacitación, fotocopia nombramiento del tutor legal (si no la hubiera remitido anteriormente)
 fotocopia DNI tutor legal (si no la hubiera remitido anteriormente)

Firma del Representante: padre/madre o tutor y Beneficiario mayor de 16 años _____

Fecha _____

La firma de este impreso supone la aceptación de la normativa interna del Colegio de Huérfanos de Hacienda.

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: COLEGIO DE HUÉRFANOS DE HACIENDA, C/ LOPEZ DE HOYOS, 155 2º 1 , CP 28002, Madrid (Madrid). En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).